Aus der Chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. O. Hildebrand.)

Zur Kasuistik der Schnittwunden des Laryngo-Trachealrohrs.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Walter Spiegel,
approb. Arzt, Berlin.

Breslau 1925.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

Die Fragen der Verletzungen des Trachealtraktus sind erst in neuerer Zeit mit der Spezialisierung der einzelnen medizinischen Fächer genügend gewürdigt worden. Mit die ersten statistischen Arbeiten auf diesem Gebiet stammen von: Brière de Boismont, Fischer-Breslau, Lotzbach und Witte. Bahnbrechend wirkten ferner die Amerikaner, die die Zahlen von Kriegsverletzungen des Kehlkopfs zu Vergleichen herangezogen. Die Verletzungen sind je nach ihrer Ätiologie zu gruppieren in: Schnitt, Stich, Schuß, stumpfe Gewalt. Schnittwunden sind fast immer auf Selbstmord- bezw. Mordversuche zurückzuführen.

Der Schnitt liegt überwiegend in der Gegend des Kehlkopfs, seltener in der Gegend der Trachea. Hierüber liegen Statistiken von Durham, Güterbock und Schiller vor.

Beim Selbstmörder verläuft die Schnittführung horizontal, links ansetzend; häufig begegnet man neben einem tief eindringendem Hauptschnitt mehreren kleineren Schnitten, die teils nur die Haut, teils die oberflächlicher liegenden Partien des Vorderhalses betreffen. Die Hautwunde braucht nicht mit der Kehlkopfverletzung in gleicher Höhe liegen, da die Haut am Hals außerordentlich verschieblich ist. Obwohl am Hals so zahlreiche lebenswichtige Organe dicht beieinander liegen, sind die Kehlkopfverletzungen quoad vitam prognostisch nicht ungünstig, da beim Suicid der Selbstmörder fast immer den Kopf zurückbiegt und hierbei zwar der Larynx vorspringt, die großen Gefäße und Nerven jedoch bis dicht auf die Wirbelsäule zurückgedrängt werden (Luschka).

Nicht die Größe der Schnittwunde, sondern die Übersichtlichkeit des Wundebettes ist maßgebend, da trotz kleiner, aber unübersichtlicher Wunde Verblutung eintreten kann. Ebenso sind Nervenverletzungen, sowie phlegmonöse Prozesse bei kleineren Wunden eher zu erwarten.

Therapeutisch stand man in der Hauptsache auf dem konservativen Standpunkt der offenen Wundbehandlung mit eingelegter Trachealkanüle, da man schlechte Haltbarkeit der primären Naht und nicht ganz exakte Blutstillung befürchtete (Fischer, Koenig, Tillmans). Demgegenüber vertraten Boljarski, Morts usw. die Therapie der primären Verschlußnaht. Boljarski stellte zwei Thesen auf:

1. die primäre, schichtweise Naht ist bei querverlaufenden Larynxwunden die beste Behandlungsmethode;
2. dieser Naht muß die prophylaktische Tracheotomie vorausgehen, wobei die Kanüle durch die neue vertikale Schnittwunde, nicht aber durch die alte, querverlaufende Wunde einzuführen ist.

An der Charité wird folgender Modus geübt:

Zuerst exakteste Blutstillung. Bei Eröffnung des Trachealtraktus wird eher einmal zuviel als zu wenig tracheotomiert. Dann je nach Lage des Falles primäre oder sekundäre Wundnaht. Maßgeblich ist hier, ob glatte Wundränder oder aseptisches Wundbett guten Heilungsverlauf gewährleisten. Während des Heilungsprozesses absolute Ruhigstellung des Patienten event. rektale Ernährung. Unter diesen Kautelen bis 70% Heilungen. Restierende Narben werden exzidiert und plastisch gedeckt.

Es wird über 14 Fälle aus der Charité Berlin berichtet; nur bei 5 Fällen Eröffnung des Trachealtraktus. Bei allen anderen handelt es sich um Verletzungen der Haut resp. des subc. Gewebes. Ein Fall ist besonders wegen der Wichtigkeit der frühzeitigen Tracheotomie hervorzuheben.